

戦略装置としての〈生命表〉

野村 美優紀

I 前提としての生命表に関する諸問題

1.

生命表 life table は、ジョン・グラント（1621-74）の考案した男女別・年齢階層別の死亡表である。本稿ではまずこの生命表に関する従来からの常識的言説および諸問題について述べる。そしてさらに、生命表によって示される平均寿命が〈人間が平均何年生存するか〉を表わす数値であるだけでなく、政治・経済・文化を支配する戦略のイデオロギー装置であることを明らかにする。

2.

2.1 平均寿命とライフ・ステージ論

ライフ・サイクル、ライフ・ステージといった人間の一生を区分し、段階づける試みは、古くからあった。人生は苦であるとする佛教思想においては、苦のもっとも現実的な姿として「生・老・病・死」という無常苦で苦の生起するプロセスを示した。また、孔子は『論語』（「為政」二・4）の《三十にして立つ。四十にして惑わず。五十にして天命を知る。六十にして耳順う。七十にして心の欲する所に従いて矩をこえず》という言葉で年齢によってライフ・サイクルの各時期を区分した。

年齢によってライフ・サイクル、ライフ・ステージを区切り、実現すべき人間像を描き出し、長寿に高度な道徳的価値をもたせるという発想は、現代でも若干のリアリティを呈している。しかし、調査を行なって寿命の平均を割り出

すのではなく、自分の周囲の人びとの生きざまや死んでいく年齢を観察し、およその目安にしていた時代とは異なって、現在では統計学によって、生命表が考案された「平均寿命」の語が流布するにつれ、人生設計や一生における自己の現在位置の認識などは、この数値を中心に行なわれるようになった。「人生50年」・「人生80年」の語は〈平均寿命〉を軸に人生のリアリティを構成しようとするものである。

「平均寿命」という考えが社会学に与える影響は、上述したように、①ライフ・サイクル、ライフ・ステージといった社会学の概念が平均寿命の伸長の影響を受けること、人生のリアリティを構成する要素のひとつが《平均寿命》であるということであり、②その数値がある国家の社会・経済・健康などの水準の指標になる、ということである。

2.2 水準としての平均寿命

一般に用いられる「死亡統計」（生命表はそのひとつである）と「り患統計」は、公衆衛生を推進しその施策の効果を見きわめるための、ひいては集団、地域社会、国家などの構成員の健康水準を示す方法である。¹⁾ それゆえよく言われるように、生命表、死亡率（とくに乳児死亡率）、平均余命・平均寿命は、その国家の医療衛生水準を表わす指標であるのである。

しかし、生命表に表われる死亡率や平均寿命の数値の高低が表わすのは、その国の医療衛生水準ばかりではない。その数値は、たとえばその国のGNPや国民医療費とも関係が深い。アメリカのサミュエル・プレストンが1975年に平均所得の増加と平均寿命の伸長との関係をロジスティック曲線で表わし——平均寿命は平均所得の低いところでは、それが少しでも上昇すれば急角度に上昇する、つまり弾力性が高い——論じたところによると、国民平均所得の上昇と平均寿命の伸長との関係は明白である。²⁾ 加えて、国民医療費の増加と平均寿命の伸びについてみると、「単位平均寿命増加分に対する一人あたり国民医療費増加分は、平均寿命が伸びていくとともに大きくなっていることを示すものであり、いわば平均寿命にかかわる限界費用が平均寿命の伸びとともに増大してきたこと」³⁾ を表わしている。次節の「平均寿命の南北問題」が見られるの

はそのためである。

医療衛生水準の向上には、疾病そのものを治療するための医学とともに疾病、とくに伝染病の予防・住生活環境の整備等を目的とする公衆衛生が不可欠である。たとえばイギリスの労働者階級の生活の記述や社会調査によって、その劣悪さが疫病が彼らの間に蔓延する原因であることに気づき、イギリスでは世界で最初に下水道の建設に乗り出すことになった。このような住生活環境の改善には、それだけの科学技術・産業の発達（産業の発達自体が都市労働者の住生活環境の悪化の原因であったのだが）すなわち国力、GNPがなくてはならない。また加えて、下水道やその他の住生活環境の物質的な改善という、いわば「ハードとしての公衆衛生」だけでなく、この公衆衛生思想という「ソフトとしての公衆衛生」を教育を通じて普及することも必要である。さらに、疾病を治療し死亡率とくに乳幼児死亡率を低下させるためには、医療が大衆化されていなければならない。そのためには国家は多額の国民医療費を支出しなければならないし、また宗教的制約によって女性が医療を受けられないような状況（出産後の経過が悪いにもかかわらず教義により女性が医療を受けられずに死亡する場合がある）も改善の対象としなければならない。

これまで述べたように、平均寿命の伸長は、公衆衛生、特にハードな公衆衛生（＝科学技術）はGNPと、GNPは教育の普及と、教育の程度はソフトとしての公衆衛生の普及と実践、それぞれ相互作用することによって、実現される。しかしこのことが、例外なく当てはまるわけではない。というのも、たとえば中国やスリランカのように、GNPは低くとも平均寿命は先進国並に高い国もあるからである。スリランカはイギリスの統治時代以来の公衆衛生の歴史をもち、1930年代からの乳幼児死亡率の低下、1931年には婦人参政権が与えられ、政府は女性の地位・役割・教育に力を入れてきたし、識字率も比較的高い。⁴⁾ スリランカの一人当たりGNPは400\$, 同じインド亜大陸のインドは290\$で極端に差があるわけではないのに、女性の平均寿命はスリランカが72歳、インド56歳である。⁵⁾ このことは公衆衛生のハード面よりも、ソフト面の方がより一層平均寿命の伸長に貢献するということを示しているとも解釈できる。けれども、いずれにしる平均寿命は科学技術・産業・公衆衛生・教育・男女の

平等度などの水準を表わす指標であることは明かであろう。

2.3 平均寿命の南北問題

「平均寿命の南北問題」は以前から指摘されているが、途上国でも食糧生産や衛生状態が改善され平均寿命が伸びても、この南北問題は解消されていない。

平均寿命の南北問題を生み出した原因のひとつとして人口学では南北間の人口状況の違いを指摘している。この人口状況の差異には、上述した死亡率と平均寿命だけでなく、人口増加率、人口構成、人口密度が挙げられている。これらの面からも南は不利であり、人口学の知見によれば、経済発展、生活水準の向上に解消できないほどの南北格差があることがわかる。⁶⁾

しかしながら、私たちの住んでいるアジアに目を向けると、死亡率・平均寿命・人口増加率・人口構成・人口密度・資源のどれをみても経済上不利な要素を抱え込んでいるアジア諸国にあって、どうして日本が途上国の悪循環に陥らず、経済的発展を達成できたのか。一般に言われるのは江戸時代の寺小屋や明治初期の学制によって日本の一般的な庶民になかに教育（読み書き）がかなり普及していて識字率が高かったことである。また前節で平均寿命とGNPとの関係について述べたが、中国やスリランカのGNPが日本以外のアジア諸国と大差なく低いにもかかわらずなぜ平均寿命が高いのか。平均寿命の高さが経済開発の促進やGNPの高さと実際にはどのように相互作用があるのかを考えなければならない。これらの問題について次に考察してみることにしよう。

2.4 平均寿命の南南問題——アジアにおける

前節で述べたように、平均寿命は先進国と途上国との間でかなりの格差があり、平均寿命にも南北問題があることが以前から指摘されていた。しかしこの定説すなわち平均寿命の二元論の一部は1960年代以降、すでに崩れかけている。東アジアをはじめ、東南アジアのマレーシア、香港、シンガポール、南アジアのスリランカなど、先進国の平均寿命（特に女性の）を追い越しているものもある。

これらのアジアの諸国に共通しているのは、新興工業経済地域（NIES）の

メンバーであることや、世界的に有名な特産物、天然資源に恵まれていること、日本やアメリカなどの政府が巨額の経済開発援助を行なうとともに、企業が天然資源の開発に乗り出し、著しく経済成長率を伸ばした国であるということである。石油・天然ガスといった資源・特産物の有無が先進国による開発援助額・企業進出を左右することや、それにとまなう工業化の成功・不成功が途上国のなかでも格差（周辺から半周辺への移行。Ⅲ—2 参照）を生み出した。アジア全体では特に南アジアの諸国が東アジア・東南アジアの経済成長から置き去りにされている。南の途上国内部格差の拡大と分化は、南内部の富裕国と最貧国の矛盾や対立を生起し、このことは＜南南問題＞と呼ばれている。⁷⁾

南内部格差の拡大・分化、富裕国と最貧国の矛盾と対立といった主として経済状況に由来する南南問題であるが、繰り返し述べているように、一人当たり GNP と平均寿命の関係の明白さからすれば、南南問題は経済面のみならず、平均寿命においても同様の問題が存在することになるのである。

この南南問題に対しては、先進国による途上国の経済開発には先進国の技術・制度、生活スタイルの浸透を善とするようなイデオロギー的性格がある、という「開発の社会学」および「第三世界の社会学」からの批判がある。⁸⁾ 平均寿命と GNP、一人あたりの国民所得との関係は明白であり、途上国の経済成長（率）＝実質 GNP が先進国による経済開発援助や企業の進出による経済的支配によって成り立つのであれば、途上国の平均寿命に伸長にも先進国のイデオロギーが潜んでいることを認識しなければならない。

2.5 性差

多くの国で女性の平均寿命は男性のそれを上回っている。先進国では特に平均寿命の性差（女性－男性）は大きいといわれてきたが、先進国の平均寿命の伸長が鈍化しているため一概にはいえなくなっている。

このような平均寿命の＜女高男低＞現象の原因はこれまでいくつか指摘されてきた。ホルモン説、男性の職業ハザードの高さ、ストレス説、ライフスタイル男女性差説などが挙げられてきた。⁹⁾ しかしながら原因が明白であるとはいえない。（男女間に悪性新生物による死亡率に有意な差があるか、労働災害

が原因または誘因となって死亡する男性が平均寿命にはっきりと差となって現われるほど数が多いか、女性の社会進出が進んだ国で外で働いている女性と家庭にいる女性の平均寿命に差がでたか、これらのことはわからない。)「性・年齢階級別にみた健康意識」の調査では健康状態が「よい」という答えはどの年齢階級でも男性の方が多い。¹⁰⁾

他方、平均寿命の〈女高男低〉が逆転している国もある。ブータン、ネパール、バングラデシュ、インド、パキスタンの5カ国であり、南アジアに集中している。アフリカ諸国は、男女とも平均寿命が60歳を越えるのがチュニジアとモーシャスの2国で、40歳代後半の国が最も多いが、〈女低男高〉の国はない。先の5国に〈男高女低〉現象がみられる原因としては、これらの国が多産で、劣悪な衛生状態のため妊産婦死亡率が高いこと、男尊女卑の伝統が強く、低い生活環境において食物に関する男女差別があること（特に乳幼児期にも平等な配分を受けない）、女性が病気になった場合にも必要な医療や看護へのアクセスにも男女差別があることが挙げられる。¹¹⁾ G・オドンネルはこの現象にかんして「農業社会においては男女の平均寿命の格差は、狭まるだろうし、2、3のケースにおいては逆になっている……。これは、女性が家庭や田畑で働き続けながら同時に、多くの子どもを産み面倒をみるように期待されていることが原因である」¹²⁾と述べている。

さらに女性の平均寿命と一人あたりのGNPとの関係について付け加えると、この関係は、平均寿命とGNP、乳幼児死亡率とGNPの関係と同じ様相を呈している。ブータン、ネパール、バングラデシュの一人あたりのGNPは、およそ150～160ドル(U.S.\$)、インドは290ドルである。たとえばバングラデシュ：160ドル・50歳に関していえば、一人あたりのGNPを倍にすることができれば、女性の平均寿命は5～8歳伸ばすことができる。そのためには年率7%の経済成長が必要であるが、バングラデシュの経済成長率は1965年以来、0.3%であった。しかし、一人あたりGNPと女性の平均寿命の関係を他のアジア諸国と比較すると、中国：300ドル・70歳、インド：290ドル・56歳、ミャンマー：200ドル・61歳、スリランカ：400ドル・72歳であり、バングラデシュがたとえゆっくりと経済成長したとしても、健康改善政策の施行により、7

～20歳以上も女性の平均寿命を伸ばすことができるともいわれる。¹³⁾

2.6 上層階級と下層階級

「白いペスト」とも呼ばれる結核が社会問題として歴史の表面に登場したのは、19世紀の西欧社会であり、それは産業革命の進行と軸をひとつにしていた。そして結核が猛威を振るったのは産業革命下、農村地帯から産業地帯へ移住し、都市で貧民階級を形成していった人たちに対してであった。¹⁴⁾ エンゲルスは当時の公式の死亡率表を見ながら次のように述べている。「リヴァプールでは、1840年に上流階級（紳士階級、自由職業階級等々）の平均命数は35歳で、商人および比較的恵まれた地位にある手工業者の平均命数は三五歳で、商人および比較的恵まれた地位にある手工業者の平均史数は二二歳、労働者、日雇人夫および被雇用階級一般の平均命数はわずか一五歳であった。……死亡率表は、おもに労働者階級の幼児のあいだに死亡が多いために、おおいに高められている。……たとえばマンチェスターにおいては……労働者階級の子供の57%以上が5歳にならないうちに死亡するのに、上流階級の子供の中歳前に死亡するのはわずか20%」¹⁵⁾であった。菱沼從尹によれば1250～1348年の上流階級のイギリス人の平均寿命は21.8歳、17世紀のロンドンでは18.2歳と推定されているが、¹⁶⁾ これからも明らかなように、上流階級では平均寿命は伸びているのに対し、労働者階級では産業革命が進展する前よりも短くなっているのである。

生命にかかわる疾病のり患の階級間の差異は過去の事柄ではない。現在の産業社会においても、ギデنزのいうように「社会経済的地位がより高い層出身の人びとは、低い層出身の人びとに比べ、平均して健康的で、背が高く、たくましく、長寿である。その違いは、とりわけ乳幼児死亡率と幼児の死亡に最も顕著に現れているが、下層階級の人びとは、富裕な人たちに比べ《あらゆる年齢層》で死の危険にさらされているのである。」¹⁷⁾

3. 平均寿命の含意

これまで平均寿命に関して一般にいわれてきた事柄について述べてきた。平均寿命の国家間における、あるいは階層間における差異は主として社会経済的

状況の差異であり、それは国家間であればGNPに、階層間であれば所得に現われる。GNPの高い国、より豊かな階層は平均寿命が長いということは自明の事として扱われている。平均寿命の性差（女高男低）も、その理由は明確でないにもかかわらず、普遍的な現象のようにみられる。この現象の例外（ネパールやバングラデシュなど）は、GNPが低いこともあるが、社会経済状況に限らず、その国特有の宗教、教育、医療における男尊女卑が影響を及ぼしており、こうした文化的要因も大きく作用しているのである。こうしたことから理解されるように平均寿命の高低には、宗教上の差別を排除し教育や医療を向上させるための経済・政治政策の実施が深く関与するが、そうした政策の実施には国家の経済力を必要とするというように、経済、教育、医療（公衆衛生）、政策といった平均寿命伸長のための重要な要素は分かちがたく結びついているのである。

この観点からすると、こうしたことから平均寿命の具体的な数値を見ただけで、私たちはその数値からその国の社会経済的地位を予測し、宗教的特性や、ある平均寿命が地球のどの地域のものかを常識的に推測することができる。……平均寿命が40代であれば、それらがおそらくアフリカのどこかの国であり、〈女低男高〉現象の起きている国は、生活の多くの面で男尊女卑が強く、多産で出産年齢期の女性の死亡率が高い、男女とも平均寿命が70歳を超え80歳に近づきつつある国は先進国であり、これらの推測に当てはまらない国は価値の高い自然資源や特産物を所有している国である……といった具合に地域や経済・社会・文化的状況、普段の暮らし向き、あるいはGNPの高さ、自然資源・特産物の有無までをいけば常識としてかなり正確に推し量ることができるのである。こうしたことが憶測であるとはいえない。そしてまた平均寿命の数値は、そうした推測を可能にするだけでなく、私たち個人のライフスタイル、ライフ・ステージに変化をもたらし、人生設計のレパートリーを選択させ、時には他者（特に親しい人）の死を納得のいくものにしたり、悲しみを強めたりもするのである。

平均寿命とは一定期間の一定人口という理想的にコントロールされた環境での死亡率を観測し関数として表わされた客観的な数字に過ぎず、それ以上の

＜意味＞を自ずから創出するわけではない。その数字を解釈し、喜怒哀楽を読み取り、単なる数字としてだけ見ないで、そのなかに人間の生きざまや社会の現実の姿を見いだそうとするのは私たち自身である。換言すれば、上記の事柄は＜平均寿命の含意＞であるといえる。しかしこれは、平均寿命の数値を見て、私たちの多くが読み取ることができる、経済的側面を中心とした常識化・一般化した含意の表層部分に過ぎない。Ⅱ以下では平均寿命の文化的側面をクローズアップするとともに、それが政治・経済・文化の戦略にいかに関与されるかを考察して、＜平均寿命＞・＜生命表＞にはさらに深い含意があることを顕現させよう。

Ⅱ 寿命と文化

1. 寿命と文化

寿命もしくは限界寿命すなわち、ひとつの機械としての人間の肉体耐用年数自体は、どんな国家に住む国民も、どんな民族も、どんな階層の出身者もおそらく差はないだろう。少なくとも、限界寿命に差があることを積極的に支持できるような証拠はない。しかしながらⅠでみたように、現実には平均寿命は国家間、階層間、男女間において差がある。この差はなぜ生じるのか？ この問いの答えとして従来いわれてきているとともに、常識として私たちが考えるものは、先にみたような社会・経済・政治状況の違いが寿命（平均寿命）の差を生み出しているという言説である。けれども、これらの状況の違いだけで、すべてを説明できるわけではない。社会・経済・政治状況の差異のなかには、文化的要因、文化的差異が含まれている。

たとえば＜長寿に有利な文化＞・＜長寿に不利な文化＞といったことを考えてみよう。

平均寿命が延びるたびにマスコミがこぞってその話題を取り挙げ、成人病の予防のために食生活の改善やスポーツの奨励、医療技術と公衆衛生設備の向上すなわち死亡率を低下させる努力は批判されることはない。人間が生をうけた限り健康で長寿が望ましいという基本的な考え方・価値＝普遍的善としての長

寿は、最近の出生率の低下や途上国にみられるような家族計画・避妊の普及に対する抵抗などとは異なって、その是非が論じられたり社会・文化に拘束されることもなく、むしろ社会・文化に促進される形で進行し、¹⁹⁾ さらにそのこと自体がひとつの文化＝〈長寿に有利な文化〉となって人びとの考え方・実践的行動を左右する。

また反対に、あまりの長寿を否定する文化＝〈長寿に不利な文化〉を考えることもできる。一般に未開社会では老人は希少価値をもっている。厳しい原始的な生活の中で長い人生を生き抜くことは容易ではないからである。したがって長寿を得た人は蓄積された豊かな知識経験をもつものとして優遇され社会的地位も高かった。こうした「優老」思想・文化は、原始民族の老人についての現地調査によって明らかにされ、また日本でも記紀の古典に登場する「翁」・「嫗」の観念は長寿の人を精霊・呪師として畏怖・畏敬の対象とし、さらに儒教の徳治思想や佛教の慈悲救済の観念によって奈良王朝時代から敬老の儀礼、養老の実践が行なわれた。しかしその一方、未開社会の種族によっては老人を殺害する「殺老」や遺棄する「棄老」、また老人に自害を強要する場合もあった。このような場合でも、これらの行為に対して老人を殺すことがかえって老人に幸福をもたらすと考えられたり、老人から要求される食人習俗をもった種族では老人の肉を食うことによってその老人の知徳を継承できると考えられることもあり、むしろ敬虔な行為として意味づけられた。日本の場合でも、深沢七郎の『樫山節考』で周知のとおりいくつかの棄母の物語があり、『徒然草』では年をとればただ世をむさぼるだけで「もののあはれ」を知る審美性も乏しく、「命長ければ恥多し」として長寿を否定しようとした。¹⁹⁾

さらにまた、A. ギデنزが疾病の分布状態と主要類型について検討し、次のことを示摘している。病気の分布が国や宗教、階級によって異なり、普段の食べ物や生活様式と明らかに関係していること、そしてその原因として、たとえば裕福な人びとが普段から医療を受ける機会にも恵まれ、しかも頻繁に自己紹介によって医療を利用することが多いこと、病気になりやすい傾向と死亡する可能性には労働条件も直接影響を及ぼすことなどである。²⁰⁾ 病気や死亡率は、その人が身に付けている生活様式や宗教、所属階級あるいは準拠集団つまりそ

の人が依存し習得し実践する文化に強い影響を受ける。この観点からすれば、寿命および平均寿命と文化は強い関連性をもっていることになる。長寿を促進するような〈文化資本〉²¹⁾——たとえばある状況を不潔と感じるかどうか、衛生を保つための用具をもっているかどうか、親の教育歴の長短、長寿を善と見なす文化など——を習得・相続し、また習得・相続するのに有利な人が長寿を実現し、その文化資本を自己の家族などにも配分し共有し相続させることで、長寿の文化資本は一定の国家・集団・階級・階層において文化的に再生産されていくのである。同じことは〈長寿に不利な文化〉についても言うことができるだろう。

2. ハビトゥスと疾病

疾病の分布構造や死因には国家間、先進国と途上国との間、階層間などで差異がみられる。日本国内に限っても、たとえば東北地方と関西で罹りやすい疾病の種類が異なるように（脳血管障害は東北地方により多い）、²²⁾ 地域ごとに特色がある。おおむね平均寿命の高い先進国での死因は悪性新生物と循環器障害であるのに対し、途上国では伝染病・感染症が多い。死亡率の高い国々に関してみると、より貧しい人びとは伝染病や寄生虫感染症に罹りやすく、また極端に乳幼児死亡率が高い。というのは、貧しい人びとの多くは悪性新生物や循環器障害のような疾病で死亡するほど長生きできないからである。そして、0～5歳までの死亡率は居住地と母親の教育程度によって変わり、まったく教育を受けていない母親の子供と少なくとも7年の教育を受けた母親の子供を比べると、前者の死亡率は3倍である。²³⁾

こうして見ると、特定の疾病（および死因）を持続的に発生させるような、ブルデューのいう〈ハビトゥス〉の存在を考えることができるだろう。ブルデューの定義ではハビトゥスとは「実践と表象の産出・組織の原理として機能する素性をもった構造化され構造」²⁴⁾である。換言すれば、ハビトゥスは、教育の教えこみ、または与えられた環境のなかでほとんど無意識の習得を通して諸個人の内に定着している知覚・思考・実践行動を持続的に生みだす性向である。それは、社会化のなかで獲得され（それゆえ集団ごとに固有性がある）、実践

行動のノウハウとして機能し、知覚や思考の様式として暗黙化され自明視されていて、明示的な規範なしに「自発的」に作動するといった特質をもっており、社会構造と行動（プラティック）を媒介するものとして位置づけられ、所与の社会構造を維持・再生産する行動性向を作りだすものである。²⁵⁾

脳血管障害の多い東北地方、先進国と途上国との疾病構造の差異、途上国内部における比較的富裕な層と貧困層との疾病構造の差異（この差異は前節でも見たように先進国にも存在するが）があるのは、それぞれの人たちが属する社会・集団・階層に固有のハビトゥス——特定の疾病を多く引き起こし、特定の死因による死亡率を高めるようなハビトゥスがあって、それを習得するために、特定の疾病にかかりやすくなったり、特定の死因での死亡率を高める、と考えることができる。さらにこうしたハビトゥスは、特定の死因・疾病を所与の社会構造の中で発生させると同時に、その発生を促進している社会構造をも維持・再生産する。この再生産を阻止する手段として教育の役割はもっとも大きい。もちろん公衆衛生の思想や設備の普及、貧困層や途上国の人びとを救済する社会・経済政策もあるが、そのような政策の効果を一次的なものにとどめず、持続させていくために教育が必要であることは、スリランカの例や、上に挙げたより教育歴の長い母親の子供の方が死亡率が低いという例でも明かである。このことは過去の東北地方での脳血管障害の多発には当てはまらないように見えるが、そうではない。東北地方の脳血管障害は暖房器具および冷蔵庫（塩蔵によらない食糧の貯蔵手段）の普及、冬期の交通機関の確保といった技術が、生物学的適応・文化的適応を変化させた（註22参照）。しかしこのような技術を利用するのには、これらの器具を購入できなければならない。そのためには従来の自給自足的な生活に頼らず、現金収入をより多く継続して獲得することができる家庭外での労働に従事しなければならない。過去の農業中心の東北地方で、こうした労働に従事し、また都市部へ出てより高い収入を得るためには子弟に教育を受けさせ質の高い労働力を市場に提供しなければならなかったのである。

しかしブルデューによれば、「教育」は人びとを解放し平等化する手段とは限らない。教育は〈選別〉の機能——象徴的暴力としても機能するからであ

る。²⁶⁾ 平均寿命を低くしている環境（文化的なものも含めて）の改善とは、おおよそ西欧の支配的文化を貧しい国や地域、階層に浸透させることだといってよいだろう。このことは西欧的支配的文化のハビトゥスを上記の被支配的な人びとに＜教育＞を通して習得させることでもある。したがって、平均寿命の伸長を普遍的善とする思考は、西欧の支配的文化、文化的恣意、ハビトゥスの押しつけでもあるのである（もちろん平均寿命の伸長を否定しているのではない）。このような押しつけは、＜生命表＞のなかに集約されているように思われる。Ⅲでは、＜生命表＞はなぜ考案されたかを歴史的に振り返り、生命表自体がひとつのイデオロギー装置であったことを論証しよう。

Ⅲ 戦略装置としての生命表——政治・経済・文化——

1. 政治戦略としての生命表

「生命表」を作成した意図あるいは目的はどこにあったのであろうか。

統計 (statistics) という語はその中に “state” つまり国家・州の意味を含んでおり、歴史的にはイギリスの「政治算術」、ドイツの「国勢学」の流れをくんでいて、元来国家行政と密接な関係をもって発展してきたのである。²⁷⁾ 生命表も例外ではない。領土内にどのくらいの人が住み、一定の期間にどれくらいの人が生まれ死んでいくのかを把握する統計は、合理的に国家を統治する技術であった。

M・フーコーは「集権化の客体であるとともに主体であるそのような権力の政治的形態」を国家と呼び、「個人を対象としながらもその個人を継続的、恒常的に支配するための」権力を＜牧人権力＞と呼んだ。²⁸⁾ 牧人権力とは、「まさに神を羊飼いと見立て、人民を羊の群れと見做すことによって成立する権力」であり、その内容は「牧人は大地にはなくむしろ家畜の群れに対して権力を行使する」「牧人は自分の群れを呼び集め、みちびき、引き連れていく」「牧人の役割は自分の群れの安全を確保することである」「牧人が行なうことはすべて自分の群れの利益のために行なうものである」といったことに集約されるが、このように個々人（羊）に目を配り、助けを与え、安全を保証

し、より多くの利益をもたらそうとすることは現代の福祉の思想そのものであり、²⁹⁾ 福祉国家につながっている。

牧人權力は、フーコーによれば、ヘブライズムの「テーマ（命題）」として濃厚に出現し、また17世紀に〈ポリス（国勢管理）〉という名称で復活する。すなわちポリスはポリスの対象である人びと＝羊がどのように住みついているか、住民の実態はいかなるものであるかといった、「生きた個人のグループ」としての住民に眼差しが注がれ、出生率や死亡率といった人口動態という知の重要性は否が応にも増すことになる。³⁰⁾ 「君主の権力がそこに象徴されていた死に基づく古き権力は、今や身体の行政管理と生の勘定高い経営によって注意深く覆われてしまった。……同時にまた、政治の実践や経済の考察の場で、出生率、長寿、公衆衛生、住居、移住といった問題が出現する。つまり、身体の隷属化と住民の管理を手に入れるための多様かつ無数の技術の爆発的出現である。こうして『生－権力』〔バイオ・プーヴォワール：人間の生に中心をおいた権力〕の時代が始まるのだ。」³¹⁾とフーコーは言う。出生率、長寿、公衆衛生といった身体の隷属化と住民の管理を手に入れる技術がその役割を十分に果たしたかどうかを測る指標は、生命表に表わされる数値すなわち平均寿命であると考えることができる。平均寿命の数値の高さは、より巧く「生－権力」が機能していることを示しているのである。

〈福祉〉の向上や〈福祉国家〉の実現に反対する住民はおそらくいない。それゆえ福祉・福祉国家の衣を被った生－権力は住民に浸透しやすいのである。住民を殺害の脅迫によってよりも、生命の安全と生活の保証によって支配するということは、生－権力の目指す政治テクノロジーおよびストラテジーであった。けれども、平均寿命の数値につねに関心を払い自国の平均寿命の高さを社会的にも道徳的にも善であるとする住民に対しては、この権力は人民の抵抗を生起させない没政治的なものに蒸留されてしまう。ここでは生命表の数値・平均寿命の高さは〈福祉〉〈福祉国家〉の象徴したがって〈生－権力〉の象徴となる。生命表はしかし単なる象徴ではない。生命表は住民をそれとは気づかせずに象徴的に支配する暴力すなわち象徴的暴力の装置なのである。そしてこの象徴的暴力はその特性——支配的文化の恣意的な意味の正統性を押しつけ、

この押しつけの基盤にある政治的・経済的・物理的な力関係を隠蔽して、押しつけられている者も、その力関係および恣意性を見抜くことができないようにするという特性³²⁾——を全面的に発揮して、支配階級の文化的恣意を被支配階級に押しつけるだけでなく、この文化的恣意を被支配階級自身が実践すべき価値として取り込んでいくことで支配を完璧なものにするのである。そしてここでいっている支配の中心にあるのは、政治的支配・経済的支配だけでなく、＜文化的支配＞なのである。³³⁾「支配」とはヴェーバーが定義したように、「或る内容の命令を下した場合、特定の人々の服従が得られる可能性」³⁴⁾であるとすると、その力点は“服従が得られるチャンス”に置かれる。しかし、ある命令に服従はしても、実際には不同意である場合には、ヴェーバーの意味では「支配」であっても、文化的支配にまでは達していない。というのも、文化的支配というものの本質として、命令を命令と思わず、「特定の意味体系やハビトゥスが人びとに課され、かつそれが多少とも『正統』だという感情、表象をともないつつ受け入れられるとき」³⁵⁾ 文化的支配が成り立っていると考えることができるからである。ただ、この3つの支配を個々に取り出すことはできない。本節では生命表を政治的支配のための戦略として捉えたが、それは同時に経済的戦略、文化的戦略としても姿を表わすことを以下で述べよう。

2. 経済ストラテジーとしての生命表

各国の平均寿命の数値（生命表）を見てみると、その数値と世界経済の中でその国が占める位置とのあいだに関係があることに容易に気づく。このことは I 2.2でも触れたように、「一人当たり GNP と平均寿命との関係はロジスティック曲線を描く」というふうに表現され、プレストンがこれを指摘して以来、常識化している。単純にいえば、“GNPの低い国は平均寿命が短く、高い国は長い”といわれてきた。これは“先進工業国は平均寿命が長く、開発途上国は短い”と表現しても同じことである。平均寿命の長さは、＜先進工業国対開発途上国＞という二極（二層）対立の図式のなかで捉えられてきたのである。しかし、その数値を見ると、二層ではなく、先進工業国と開発途上国とのあいだの中間層があって、三層に分かれていることがわかる。平均寿命が①40歳代

後半から50歳代前半，②50歳代後半から60歳代後半，③70歳以上，の三層である。カイロ人口会議（1994年）で，平均寿命と乳幼児死亡率について数値目標が設定された。各国は2005年までに平均寿命70歳以上，2015年までに75歳以上，死亡率の非常に高い国は2005年までに65歳以上，2015年までに70歳以上を目標とすることになった。³⁶⁾ 国連は一見して，平均寿命を〈伝統的な〉二層すなわち先進国と途上国あるいはG 7とG77で捉えているように思われるのであるが，現実には2005年の時点で，現在65歳近くに達している途上国を70歳以上，40～50歳代の途上国を65歳以上に引き上げることになり，それに先進国を加え三層となるのである。

ところで，世界全体をひとつの社会システムつまり資本主義世界経済を世界システムとして把握するI・ウォーラスティンは，資本主義経済の基本的要素のひとつとして剰余労働の取得形式における三層構造を挙げている。この三層構造は「世界経済における諸地域の経済的役割の三つのあり方としての，中核，半周辺，周辺」³⁷⁾ という国際分業である。周辺地域は農業労働を主たる職業活動とし，ひとにぎりの上層階層を除けば生活水準は低い。彼らの主な現代的要求は子弟のためのよりよい教育の便宜であり，彼らは教育制度こそ社会移動のただ一つの望ましい道と見なしている。³⁸⁾ 半周辺地域は，世界経済のなかで中間的役割を演ずるすべての国である。これらの国，たとえばブラジル，ヴェネズエラ，アルジェリア，インド，インドネシアなどは「少なくとも一つの重要な次元（人口，熟練労働者，工業総生産，一人当り国民所得）において十分な大きさを持ち，国内市場および弱小の隣国（また一次産品の輸出者にとどまっている）に工業製品を供給する傾向を持ち，中核との同伴者を演ずる」。³⁹⁾ 中核は半周辺と周辺を搾取し，半周辺は周辺を搾取しながら中核から搾取されるのである。このような世界経済における三層構造＝世界経済上の役割は，平均寿命の三層と一致する。中核＝平均寿命が75歳前後の国は，半周辺＝55～65歳の国および周辺＝55歳以下の国に対して経済開発の援助を行ない，周辺国には自給自足を目差して農業技術などを教え，農作物や一次産品を安く輸入し，自給自足のできるようになった半周辺には工業化を図ろうとし，中核の援助を取り付け，自国の安価で豊富な労働力を売り物に中核の企業を誘致し，中核は

コスト削減と工業製品の新たな市場開拓を目当てに、半周辺に乗り込んでいく。だから中核は、世界経済のなかで現在の位置を占めつづけようと思えば、健康な労働力の確保と工業製品を購入できるだけの経済力とそれらの製品を使って生活できるような生活水準を半周辺に取得させなければならない。これは次のようにいっても同じである。中核の世界経済で占める位置を維持するための開発援助という経済戦略は、半周辺・周辺の平均寿命の相対的な伸長をもたらし、また逆に半周辺・周辺の平均寿命を延ばすことが、中核の経済戦略の一部でもあり、経済的支配と平均寿命の伸びとは同じコインの表と裏なのである。

元来、国家の行なう最も根本的で単純な経済政策は、自国の人口を増加させることであった。人口を増やして労働力を増やすことで国力・経済力を高めようという考えは常識であるとさえいってよい。たとえば江戸時代の八代将軍徳川吉宗は、1721（享保6）年全国の戸口調査と面積の調査を命じ、また戸口については武士を除く、百姓・町人・社人・僧尼などの身分別に、領域単位で集計して全国の人口掌握を図った。これは全国の土地・人民・地図を掌握する権力が吉宗であることを明示する事業であった。この全国の人口調査は1726年再び実施され、そのあと6年ごとに調査され、1846年までつづけられたのである。⁴⁰⁾ これは吉宗の享保の改革という経済再編政策を特徴づけるものであった。明治政府は欧米列強に倣い、それに追いつくために〈富国強兵・殖産興業〉のスローガンを掲げた。そのためにはもちろん健康な労働力確保のために人口を増加させること、そして人口の安定供給（産めよ増やせよ）と健康な労働力を長期にわたって確保できること（平均寿命の伸長、人口が増えても生産力人口の死亡率が高く彼らを労働力として使える期間が短ければ経済効率は悪い。）ができればならない。そのために、次節でも触れるが、明治以来日本ではたとえば〈衛生展覧会〉という催しが頻繁に開催され、国民への衛生教育はかなり積極的に行なわれていた。享保の改革も明治政府のスローガンも現在の政府（先進国はどこでもそうだが）も、人口に気を配ってきた。そして現在開発途上にあって経済発展をめざす国も、人口の増加をなによりの経済政策と考え人口抑制に抵抗するのである。

3. 文化ストラテジーとしての生命表

生命表の数値（平均寿命）を高めるということは、中核地域による半周辺・周辺の経済的支配，富国強兵や殖産興業などの経済戦略と結びついていた。それでは実際に生命表の数値を高めるにはどのようにすればよいのか。この数値を高めるための戦略とはどのようなものであったのか。

生活・社会環境の改善——このことは、Iで述べたように、各国の産業革命期における労働者の健康状態の悪化，開発途上国の感染症による死亡率の高さなど平均寿命を下げる原因が生活・社会環境の劣悪さにあるとみて、その改善が平均寿命を延ばすとするのは、一世紀以上のあいだ変わらない考え方である。ある国の平均寿命が短い原因は、社会的、政治的、経済的要因とともに、それらを包括する文化的要因が強調される。ここで「文化的」といっている〈文化〉とは紛れもなく西欧文化のことである。西欧文化的な生活様式，行動様式，思考様式を身につけることが平均寿命を延ばす最善かつ唯一の方法であるという。そして生活の改善とはもっとも単純に表現すると生活の〈西欧化〉あるいは〈西欧文化化〉ということであろう。つまり、生命表・平均寿命の伸長は、人民支配のための文化的な戦略として捉えることができるのである。

このことを明治期の日本を例にとりて考えてみよう。明治政府は内務省を太政官の1省として1873年（明治6）に設置，85年（明治18）に衛生局を置いた。⁴¹⁾万国博覧会への出品を通じて日本の衛生行政や医学水準の高さを世界にアピールしたり，大日本私立衛生会（全国人民の健康表保持増進する方法を討議講明し衛生上の知識を普及し施政を翼賛する目的で1883年〔明治16〕設立）は衛生参考品展覧会を1887年に開催した。⁴²⁾

一般への衛生啓蒙を目的とする衛生展覧会は大正から昭和の初めに日本各地で行われたさまざまな地方博で衛生に関するテーマ館（衛生館）の形で設けられていた。これらはいずれも一番人気が高かったが，解剖模型や胎児模型の技術的・精神的系譜が江戸時代の見世物世界の延長としてみられていた。この時代には多くの衛生展覧会が開催され，その主催者も内務省・文部省，自治体，新聞社，警察など多様であったが，見世物世界の感はしだいに強まり，いずれの展覧会も人気が高かった。⁴³⁾

田中聡によれば，衛生展覧会が見世物的な要素を強め，トラホームや結核な

ど伝染病の恐怖を宣伝し、「衛生映画」を作成して衛生教育を普及させていくと同時に民衆の人気は高まっていったが、こうした展覧会の目的の一つは、民衆の＜眼の教育＞であり、それを通じた「民衆の相互監視の眼差しを育て、その向けるべきポイントを教えることにあった。展覧会という祝祭が可視化してみせたのは、このような眼差しの制度だった。」⁴⁴⁾ のである。この眼の教育として衛生展覧会は、民衆の生活の仕方を＜衛生的＞な様式に転換すること、換言すれば、西欧文化の生活の型＝ハビトゥスを法的な強制ではなく緩やかな形、自発的な形で浸透させることを実現する巧妙な手段であった。

それは、明治期の日本に限らず、たとえ＜衛生的＞ではなくてもその地域・国に固有に形成されてきたハビトゥスの破壊、あるいは「西欧一元化」・西欧による「文化の植民地化」であるといってもよいだろう。この西欧文化化されたハビトゥスを人民に浸透させるのは容易である。なぜならば、西欧の生活は衛生的で文化的で豊かな生活のイメージが強いからである。おそらくこのイメージは前世紀の日本人と同様に、現在の途上国の人びと（あるいはその統治者たち）にも共通したものであり、自国が実現すべき理想的な生活のイメージに重ね合わせるに違いない。特に衛生にかかわる西欧文化のハビトゥスは上述の生活イメージの実現には欠くことのできないものとして映る。そして、現在でも平均寿命の低い国、（乳幼児）死亡率の高い諸国、つまり途上国に対して文化の植民地化を行なおうとする動きを読み取ることができる。しかし、かつての日本のように西欧文化を積極的に取り込もうとする国もあれば、そうでない国もある。現在の人口問題を見ればわかるように、とりわけイスラムやバチカン、カトリック諸国の多産少死が人口爆発を生むと指摘されても、自国の宗教、文化的特性を理由に人口抑制に応じない国もある。文化相対主義を認め、他国の文化を尊重する立場をとるとしても、人口爆発という現実問題を前にすれば、人口抑制に同意しない国を非難する者も現われる。⁴⁵⁾ 西欧文化化されていない国だけでなく、西欧文化化されようとしらない国を遅れた国とみる傲慢さが先進国の住民のこころの奥底に潜んでいるように思える。また、I・イリッチは逆説的に次のように言っている。「最低レベルまで専門家の介入をおさえている社会は、健康のための最善の条件を準備するだろう。自己と他者と環境に対す

る自律的適応の潜在能力が大きければ大きいほど、適応を管理する必要もなくなり、我慢もしやすいのである。医療の介入が最低限しか行なわれない世界が、健康が最もよい状態で広く行きわたっている世界である。健康な人々とは健康な家に住み、健康な食事をたべる人々である。健康な人々は出産、成長、労働、治療、このいずれに対しても適している環境の中の健康な家庭で生活している人々なのだ。彼らは結婚、出産、人間の条件の共有、死に対しての官僚的干渉を必要としない文化によって支えられている」⁴⁶⁾ と。熟慮すれば、〈多産少死〉という状況が生み出されたのは、衛生的な生活という面、したがって医療技術や薬品といった西欧が生んだハードな文化の効果だけを経済や社会とのバランスを欠くかたちで輸出した結果なのではないか。西欧的な生活様式を実現して、健康で長生きであることが普遍的善であるとする思考にはこうしたさまざまな偽慢が充満しているように思われる。そしてこのような思考・思想は生命表のなかに込められているのである。

この観点からすると、平均寿命や死亡率の数値を提示する生命表はひとつの〈暴力〉となる。また生命表の数値は、健康、衛生、長寿といった価値（普遍的善）の象徴であり、さらに象徴的暴力でもあるのである。カイロ人口会議における平均寿命と乳児死亡率の数値目標の設定は、生命表が象徴的暴力であることの例であるだろう。西欧文化から創出された生命表は、経済・社会的に西欧あるいは先進国が途上国を支配してきたのと同じように、文化的にも支配するためのイデオロギー装置であり、フーコーのいう生－権力を行使することでその支配性を隠蔽された象徴的暴力である、といえる。生命表が考案された時代、それが西欧社会において人民を支配するイデオロギー装置であったのと同じように！ 人間の生命そのものを飼いならし、人民をもっとも穏やかで抵抗をまねかないように支配する文化的戦略、それが生命表であったのである。

註

- 1) 永田久紀ほか『医学・公衆衛生学のための統計学入門』南江堂 1988年 P. 87
- 2) 河野稠果『世界の人口』東京大学出版会 1986年 P. P. 67-8参照。
- 3) 小泉明「人口と寿命は何によって定まるか」小泉明編『人口と寿命』所収 東京大学出版会 1985年 P. 8

- 4) 河野稠果 前掲書 P P. 76-7
- 5) Charles C. Griffin, Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing, WORLD BANK, 1992, p. 158, p. 164
- 6) 河野稠果 前掲書 P P. 24-30
- 7) 『イミダス』93年版 集英社 P. 319
- 8) 小倉充夫 『開発と発展の社会学』東京大学出版会 1982年,
鶴見和子ほか編『内発的發展論』東京大学出版会 1989年参照
- 9) 河野稠果 前掲書 P. 75
- 10) 厚生省編 『厚生白書——広がりゆく福祉の担い手たち』(平成3年版)ぎょうせい, 1992年 P. 393 厚生省大臣官房統計情報部 「国民生活基礎調査」
- 11) Helen Ware, "Differential mortality decline and its consequences for the status and roles of women", United Nations, Consequences of Mortality Trends and Differentials, ST/ESA/SEA. A/95. 1975, cit. in 河野稠果 前掲書 P. 75-6
- 12) Gerard O'donnell, Sociology Today, Cambridge University Press, 1993, p. 136
- 13) Charles C. Griffin, op. cit., pp. 15-7
- 14) 立川昭二 『病気の社会史』日本放送出版協会 1971年 P. 132
- 15) F・エンゲルス/全集刊行委員会 『イギリスにおける労働者階級の状態1』大月書店 1971年 P. 220
- 16) 菱沼從尹 「寿命の限界をさぐる」 小泉明編 前掲書 所収 P. 59
- 17) A・ギデンズ/松尾精文ほか 『社会学』(改訂新版) 而立書房 1993年 p. 586
- 18) 河野稠果 前掲書 P. 72
- 19) 橘覚勝 『老いの探求』誠信書房 1975年 P P. 32-70参照
- 20) A・ギデンズ 前掲書 P. 586
- 21) P・ブルデューによれば<文化資本>とは「種々の家族的AP〔教育的働きかけ〕によって伝達されてくるもろもろの財のことで、文化資本としてのその価値は、支配的APの押しつける文化的恣意と、それぞれの集団または階級のなかで家族的APを通して教えこまれる文化的恣意との距離によって決ってくる」ものである。つまり家庭生活を通じて学習され教育の場で行なわれる選別の過程での個人および集団の有利、不利を左右する条件のことである。ブルデュー&パスロン/宮島喬 『再生産』藤原書店 1991年 P. 51および宮島喬 『文化的再生産の社会学』藤原書店 1994年 P P. 17-8を参照。またブルデューは文化資本を身体化された様態(ものの感じ方, 振舞い方など), 客体化された様態(絵画, 書物, 道具, 機

- 械などの資産)、 制度化された様態 (学歴・資格) の三つの形式を取ると述べている。ブルデュー／福井憲彦 「文化資本の三つの姿」『Actes 1 象徴権力とプラチック』所収 日本エディタースクール出版部 1986年 P P. 18-28
- 22) 自然の寒さと不十分な暖房による冬の寒さは東北地方での食塩摂取量を大きくする。それは、食品の塩蔵という文化的適応だけでなく、生物学的適応でもある。寒冷に対する耐性の研究のによれば、多量の食塩摂取により耐性が高まるとされており、加えて低蛋白食行動の拘束などによっても食塩摂取は高まる。このような生物学的適応が(過去の) 東北地方には観察された。鈴木継美 「環境と疾病像」『人類生態学と健康』所収 篠原出版 1988年 P P. 103-4
- 23) Charles C. Griffin, op. cit., p. 20
- 24) P・ブルデュー／今村・港道 『実践感覚』1 みすず書房 1988年 P. 83
 〈ハビトゥス〉の概念は、モースの〈身体技法〉の概念からはじまる。身体技法とは「人間がそれぞれの社会で伝統的な態様でその身体を用いる仕方」であり、歩き方、休息時における手の位置、走り方など身体の用い方=技法の例を挙げ、これらが「模倣とともに変化するだけでなく、とりわけ、社会、教育、世間のしきたりや流行、威光とともに変化する」ような社会性をもったひとつの〈型〉であることを示して、それをハビトゥスとよんだ。M・モース／有地享ほか 『社会学と人類学Ⅱ』 弘文堂 1976年 P P. 121-7
- 25) 森岡清美ほか編 『社会学辞典』 有斐閣 1993年 P. 1112 (「ハビトゥス」)
 ブルデュー&パスロン 前掲書 P. 284 (解説) ハビトゥスの特質の整理については、宮島喬 前掲書 P P. 133-4を参照するとよい。
- 26) 「およそ教育的働きかけは、恣意的な力による文化的恣意の押しつけとして、客観的には、ひとつの象徴的暴力をなすものである」ブルデュー&パスロン 前掲書 P P. 18-19
- 27) 鈴木義一郎 『1を調べて10を知る科学』 講談社 1992年 P. 30
- 28) 北山晴一・山本哲士『フーコーの〈全体的なものと個別なもの〉』三交社 1993年
- 29) 小林昌廣 「介入する病院都市——家庭医学の発生史」『現代思想』(1993. 11月号特集: 病院都市) 所収 青土社 1993年 P P. 84-5
- 30) 同書 P P. 85-6
- 31) M・フーコー／渡辺守章 『性の歴史Ⅰ 知への意志』 新潮社 1986年 P. 177
- 32) ブルデュー&パスロン 前掲書 P P. 29-35
- 33) 宮島喬 前掲書 P P. 266-71 宮島はブルデューの「象徴的暴力」論の中心を占めているのは〈文化的支配〉の特徴を成すものは何か、という問いかけであると

考えている。

- 34) M・ヴェーバー／清水幾太郎 『社会学の根本概念』 岩波文庫 1972年 P. 86
- 35) 宮島喬 前掲書 P. 268
- 36) 朝日新聞 1994年9月11日 朝刊
- 37) I・ウォーラーステイン／日南田静眞ほか 『資本主義世界経済 II』 名古屋大学出版会 1987年 P. 80-1
- 38) 同書 P. 29
- 39) 同書 P P. 113-4
- 40) 高埜利彦 『元禄・享保の時代』（日本の歴史⑬） 集英社 1992年 P P. 294-5
- 41) 『世界大百科事典』（第16巻） 平凡社 1964年 P. 755
- 42) 田中聡 『衛生展覧会の欲望』 青弓社 1994年 P P. 20-2
- 43) 同書 P P. 22-44
- 44) 同書 P. 54
- 45) たとえばドイツ人口問題研究所長の人種差別発言。朝日新聞 1994年9月18日朝刊
- 46) I・イリッチ／金子嗣郎 『脱病院化社会』 晶文社 1979年 P. 220